

|   |                   |                       |                 |     |
|---|-------------------|-----------------------|-----------------|-----|
| <b>YB.FR.02</b>                           | <b>13.10.2017</b> | Revizyon No           | Revizyon tarihi | 1/1 |
| <b>Hasta Adı Soyadı:</b>                  |                   | <b>Protokol No:</b>   |                 |     |
| <b>Yattığı Klinik:</b>                    |                   | <b>Tanı:</b>          |                 |     |
| <b>Hastaya Önerilen Tetkik ve Tedavi:</b> |                   | <b>Tarih ve Saat:</b> |                 |     |

Hekim tarafından önerilen tetkik ve tedaviyi reddetmemden doğabilecek; .....  
.....  
.....  
..... sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Özgür iradem ile önerilen tetkik ve tedaviyi olası tüm sonuçları tarafıma ait olmak üzere reddediyorum.

|                              |
|------------------------------|
| <b>Hastanın Adı Soyadı :</b> |
| İmzası <sup>1</sup>          |

|                             |
|-----------------------------|
| <b>Tanığın Adı Soyadı :</b> |
| İmzası <sup>2</sup>         |

|                             |
|-----------------------------|
| <b>Hekimin Adı Soyadı :</b> |
| İmzası                      |

<sup>1</sup> Yetişkin hasta yakını ya da zorunlu hallerde yetkili temsilcisi tarafından imzalanır.

<sup>2</sup> Hastanın ya da yetkili temsilcisinin imzadan imtina etmesi halinde durum yetkili hekim ve bir tanık tarafından düzenlenen tutanakla kayıt altına alınır.